

SEZGILARNING BUZILISHI ANALIZATORLARI VA UNI TEKSHIRISH

Nishonboyeva Lolaxon

*Marg'ilon Abu Ali ibn Sino nomidagi
Jamoat salomatligi tibbiyot texnikumi
o'qituvchisi*

Annotatsiya: *Ushbu maqolada inson tanasi sezgilarining buzilishi analizatorlariva uni tekshirish taxlil qilingan.*

Kalit so'zlar: *Sezgi, gipesteziya, retseptor, dizesteziya, paresteziya, kamerton.*

Sezgilarning buzilishi analizatorlar periferik bo'limlarining faoliyati izdan chiqqanida hammadan ko'p ma'lum bo'ladi. Sezgilarning buzilishi juda xilma-xildir bular:

Giperesteziya (o'ta ta'sirchanlik), gipesteziya (kam ta'sirchanlik), anesteziya (sezuvchanlikning yo'qolishi), paresteziya (lovullash, sanchib og'rish, tortishish).

Bunday buzilishlar nerv tolalarining xususan tomir innervasiyasining organik va funksional buzilishlarida ro'y berishi mumkin. Sezgilar orasida eng ko'p azob beradigani og'riqdir. Og'riq shakllanishida qobiq, shuningdek qobiqosti xosilalari ishtirok etadi.

Og'riqning signal ahamiyati-xavf solayotgan kasallikni ogoxlantirishdir.

Ayrim patologik xolatlarda ayniqsa, psixik va asab kasalliklarida idrok qilish akti buzilishi mumkin.

Murakkab bilish jarayonlarining buzilishi agnoziyalar deb ataladi. Kurish, eshitish va taktik agnoziyalar farqlanadi. Ular tomir kasalliklari, travmalar, shish jarayoni va boshqa patologik xolatlarda bosh miya qobig'ining lokal shikastlanishida paydo bo'ladi.

Bosh miya organik shikastlanganda, kam xollarda esa zaxarlanishlarda va somatik kasalliklarda derealizatsiya tipidagi idrok buzilish ro'y berishi mumkin.

Bu murakkab patologik xolat bo'lib, bunda ongning o'ziga xos buzilishi bilan boruvchi idrok buzilishi kuzatiladi. Turli kasalliklarda xotiraning ayrim jarayonlari; esda saqlash, esga tushirish buzilishi mumkin. Buzilishning eng ko'p uchraydigan turlari gipomneziya, amneziya va paramneziya.

Odam teri-muskul sezgisi orqali oqriq xarorat va ta'sirlarni qabul qiladi, hamda boshni, tanani va qo'l-oyoqlarning joylashishini sezadi. Bu turdagi sezgi retseptorlari terida, muskulda, bo'qinlarda va paylarda joylashgan bo'ladi. Terida joylashgan retseptorlarning umumiy soni 2,5 milliondan ortiq bo'lib, shulardan 1,5-2 mln.ni oqriq, 200-300 minggi sovuqni sezuvchi retseptorlar qisoblanadi. Muskul-bo'qin sezgisining retseptorlari esa 500 mingdan ortiqdir.

Sezgining buzilishi turlari ko'p xilda bo'lib, sezgi sohasining zararlanishida oqriq simptomi ko'p uchraydi. Oqriqning joylashishi va xarakteriga ko'ra turli bo'lib, periferik nervlar, orqa ildizcha va ko'ruv do'mboqining zararlanishida kuchli rivojlangan bo'ladi. Oqir

impulsning o'tishida qamma afferent-mediator tizimlari (xolinergik, adrenergik, serotoninergik, gistaminergik va b.q.) ishtirok etadi.

Ta'sirni, chumoli o'rmalashi va uvishishni sezish - paresteziya deyiladi. Dizesteziya - bu ta'sirotni boshqa cha qabul qilish bo'lib, bunda taktil sezgini oqriq, issiqni-sovuqdek qabul qilish va x.k. ko'rinishida kuzatiladi. Alloxeziya - ta'sirotni boshqa cha patologik qabul qilish bo'lib, bunda ta'sir etilgan joydagina emas, simmetrik tana yarmida sezish kuzatiladi.

Poliesteziya - ogriq sezgisini boshqacha (izvrashenie) sezish turi bo'lib, bunda bitta ta'sirni, ko'p ta'sir etilgandek qabul qilish kuzatiladi.

Anesteziya - sezishning umuman yo'qolishi bo'lib, geliganesteziya-tananing bitta yarmida sezgining yo'qolishi, bitta qo'l yoki oyoqda sezgining yo'qolishi - monoanesteziya, oyoqlarda va tananing pastki qismida sezgining yo'qolishiga-paraanesteziya deyiladi. Gipesteziya - bir turdagi, xamda bir necha turdagi sezishning susayishi bo'lib, sezgining kamayishi turli (gemigipesteziya, monogipesteziya) ko'rinishda bo'lishi mumkin. Giperesteziya-qo'zqalish xalqasining susayishi natijasida, xar-xil turdagi ta'sirlarga sezgining oshishi. Giperpatiya-o'ziga xos sezgi buzilish turi bo'lib, bunda xar qanday kuchsiz ta'sir, agar qo'zqalish xalqasini oshirsa uzoq oqibatli yoqimsiz oqriq xissiyoti bilan xarakterlanadi. Senestopatiya - turli xilda, davomli bezovtalik bemorda sanchuvchi, bosimli, chimchilash va shunga o'xshash xissiyotlarning paydo bo'lishi bo'lib, bunda ularning kelib chiqishida aniq organik sabab kuzatilmaydi.

Taktik sezgisi bemordan ko'zini yumib turish o'raladi va taktil sezgisini tekshirish uchun tekshiriluvchining boshi, tanasi va qo'l-oyoqlarining simmetrik qismlariga paxta yoki yumshoq soch tolalarini sal tegizib, astagina yurgiziladi. Shunday qila turib, har ikki tomondagi taassirotni baravar sezayotgan yoki sezmayotganligi so'raladi. Zararlanish simptomlari: bemor zararlanish sohasida ta'sirni sezmaydi (anesteziya) yoki soqlom tomonga qaraganda kuchsiz (gipesteziya) yoki kuchli (gipersteziya) sezadi.

Terining oqriq sezgisi oddiy to'noqich yoki igna yordamida tekshiriladi. Buning uchun tekshiriluvchidan ko'zini yumib turish so'raladi va gavdaning simmetrik qismlariga igna sanchib ko'riladi. Tekshiriluvchi ignaning o'tkirligini yoki o'tmasligini aytishi lozim.

Sanchiqini sezmaydi (anesteziya) yoki soqlom tomonga qaraganda kuchsiz (girpesteziya) yoki (kuchli gipesteziya) sezadi.

Harorat sezgisini tekshirishda ikkita probirkadan foydalaniladi, bitta probirkaga 40 S atrofida issiq suv solinadi, ikkinchisiga 18-20 S sovuq suv solinib, tana va qo'l-oyoqlarning simmetrik qismlariga tekkiziladi. Normada issiq va sovuq suv solingan probirkaning ta'sirini yaxshi ajrata oladi.

Zararlanish simptomlari: bemor zararlangan soxada issiq va sovuqni sezmaydi (termoanesteziya), yoki ayrim soxada xarorat sezgisining kamayishi (termogipesteziya) yoki ayrim xollarda xarorat sezgisining oshishi (termogipesteziya) kuzatiladi.

Buni tekshirish uchun bemordan ko'zini yumib turish so'raladi va bemorning qo'l va oyoq barmoqini ushlab, barmoqning bo'qimidan bukuvchi va yozuvchi xarakatlar qilinadi. Bu xarakatlar bemordan so'raladi: "qaysi barmoqni ushlaganligini va qaysi tomonga xarakat

qilinayotganligi". Agar ushbu tekshirishda muskul-bo'qim sezgisi distal qismda o'zgarish aniqlansa, qo'l yoki oyoqning proksimal qismida xam o'zgarish kuzatiladi. Normada vrachning har bir xarakatini bemor aniq topishi lozim.

Zararlanish simptomlari: vrach zararlanish darajasiga qarab, bemorning qo'l yoki oyoq barmoqlarida, tizza yoki bilak-panjalarida, elka yoki son bo'qimlarida muskul-bo'qim sezgisining buzilganligini aniqlaydi. Masalan: agar katta miyaning tepa qismi zararlanisa, zararlanish o'choqining qarama-qarshi tomondagi qo'l-oyoqlardagi bo'qimlarda sezgi buziladi. Muskul-bo'qim sezgisining ikki tomonlama o'zgarishi orqa miyaning orqa ustuni zararlanganda kuzatiladi. Bemor Romberg xolatida ko'zini yumib turganida birdan chayqalishi (orqa ustun ataksiyasi) paydo bo'ladi.

Tekshirish usullari: tekshiriluvchi yoki bemor yotgan xolatda ko'zini yumish so'raladi va tananing simmetrik qismiga barmoq yoki o'tmas predmet bilan bosiladi. Tekshiriluvchi normada bosimdan ta'sirni va bir xil bo'lmagan bosimni ajrata olishi lozim.

Zararlanish belgilari: bemorga qilinayotgan bosim darajasining farqini sezmaydi, xamda chuqur o'zgarish bo'lganida ta'sir va bosimning orasidagi farqni aniqlay olmaydi.

Buni tekshirishda, ko'zini yumib yotgan bemorning ko'l kaftiga turli oqirlikdagi narsalar qo'yiladi. Tekshiriluvchi normada oqirlikning 1/20 qismining farqini aniqlashi lozim.

Zararlanish simptomi: bemor narsalarning oqirlik farqini aniqlay olmaydi.

Bu turdagi sezgini tekshirishda vibratsional kamerton oyoqini (buning uchun bir daqiqada 128 yoki 256 marta liqillaydigan kamertondan foydalaniladi) qo'l yoki oyoqning ma'lum bir soxasiga, suyak ustiga (qo'l yoki oyoq barmoqlariga, tovonga va x.k.) qo'yiladi. Xarakatlanayotgan kamertonni birinchi zararlangan soxaga qo'yiladi, agar bemor kamerton xarakatini sezmayotganini aytsa, unda zararlanmagan soxaga quyiladi va kamerton xarakatining davomiyligini sezishi taqqoslanadi.

Zararlanish belgilari: bemor zararlangan soxasida kamerton xarakatini sezmaydi (vibratsionanesteziya) yoki soqlom tomonga nisbatan kam va juda qisqa vaqt sezadi (vibratsiongipesteziya).

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Гройсман А.Л. Медицинская психология. М. 2001.
2. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинической практике. Л. 1983.
3. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. М. 1982.